



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**USO DEL PARTOGRAMA COMO INSTRUMENTO OPORTUNO PARA LA
TOMA DE DECISIONES EN TRABAJO DE PARTO ACTIVO EN MUJERES
CON EMBARAZO A TÉRMINO DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL
MOSCOSO, CUENCA 2016.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MÉDICO**

AUTORAS:

PAOLA FERNANDA MANCERO HIDALGO

SONIA PAOLA ORDOÑEZ CORDERO

DIRECTOR:

DR. JORGE VICTORIANO MEJÍA CHICAIZA

CUENCA- ECUADOR

2017



RESUMEN

El parto es un proceso fisiológico donde culmina el embarazo, siendo su objetivo principal entregar una madre y un niño sanos; el partograma es un instrumento de vigilancia para el cumplimiento de dicho objetivo; considerando la prevalencia de partos prolongados se encuentra entre 2,6% a 17,2% a nivel mundial (1).

OBJETIVO: Determinar el uso del partograma como instrumento oportuno para la toma de decisiones en el trabajo de parto, en las historias clínicas de pacientes en fase activa de labor de parto que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo de abril a junio del 2016.

MÉTODO: Estudio retrospectivo, descriptivo, universo: historias clínicas de mujeres con embarazo a término; muestra: 526 partogramas de partos a término en fase activa de abril a junio del 2016. El instrumento fue un formulario previamente validado. Los resultados fueron procesados en el sistema SPSS 15.00 para las tablas y gráficos, expresados en frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS: Se estudiaron 526 partogramas; obteniendo 83,08% de partos vía vaginal, 16,92% de cesáreas, 63,12% partos dentro de la curva de alerta, 34,98% fuera de curva, recibieron conducción 32,7% y RAM 25,48%, Los diagnósticos de cesárea fueron: compromiso agudo del bienestar fetal 30,34%, desproporción céfalo-pélvica 24,72%, distocia cervical 13,48%, expulsivo prolongado 5,62% y otros 25,84%.

CONCLUSION: El partograma es un registro gráfico muy útil, con su correcto llenado e interpretación permite tomar decisiones terapéuticas adecuadas para conservar el bienestar materno infantil; la valoración del Test de Apgar es independiente del partograma.

PALABRAS CLAVE: PARTOGRAMA, PARTO ACTIVO, EMBARAZO A TERMINO.



ABSTRACT

Childbirth is a physiological process which culminates the pregnancy, being its main objective to deliver healthy; a mother and a child partogram is a tool of surveillance for the fulfilment of this objective; considering the prevalence of births prolonged is located between 2.6% to 17.2% to level world (1).

OBJECTIVE: To determine the use of partogram as a timely tool for decision-making in labour, in the medical histories of patients undergoing active labor which attended the Vicente Corral Moscoso Hospital in the period April to June 2016.

METHOD: study retrospective, descriptive, universe: stories clinics for women with pregnancy to term; shows: 526 partograms of deliveries to term in active phase from April to June 2016. The instrument was a previously validated form. The results were processed in SPSS 15.00 system for tables and graphics, in frequencies and percentages.

RESULTS: we studied 526 partograms; getting 83,08% of vaginal deliveries, 16.92% of Caesarean sections, 63,12% births within the curve of alert, 34,98% outside curve, received driving 32.7% and RAM 25.48%, diagnoses of caesarean section were: acute commitment of fetal well-being 30,34%, cefalo-pelvic disproportion 24.72%, cervical dystocia 13.48%, pregnancy prolonged 5.62% and other 25.84%.

CONCLUSION: the partogram is a record graphic very useful, with their correct filled e interpretation allows take decisions therapeutic appropriate to preserve the welfare maternal child; the assessment of the Test of Apgar is independent of the partogram.

KEY WORDS: PARTOGRAM, CHILDBIRTH ACTIVE, PREGNANCY TO TERM.



ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
Cláusula de Derechos de Autor.....	8
Cláusula de Derechos de Autor.....	9
Cláusula de Propiedad Intelectual	10
Cláusula de Propiedad Intelectual.....	11
AGRADECIMIENTO.....	12
DEDICATORIA.....	13
DEDICATORIA	14
CAPITULO I.....	15
1. INTRODUCCIÓN.....	15
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	16
CAPITULO II.....	18
2. CONTENIDO TEÓRICO.....	18
2.1 Historia del Partograma.....	18
2.2 El Partograma.....	20
2.3 Objetivos del Partograma.....	20
2.4 Esquema General del Partograma.....	21
2.5 Pasos para el llenado de un Partograma.....	22
2.6 Ventajas del Partograma.....	30
2.7 Contraindicaciones para el uso del partograma.....	30



2.8 Trabajo de Parto.....	31
2.8.1 Definición.....	31
2.8.2 Etapas del trabajo de parto.....	32
2.8.3 Tipos de Parto.....	32
2.9 Parto Distócico.....	33
2.10 Parto Prolongado.....	33
2.11 Anomalías del Trabajo de Parto.....	33
2.11.1 Causas de las Anomalías en el Parto.....	34
CAPÍTULO III.....	36
3. OBJETIVOS.....	36
3.1 Objetivo General.....	36
3.2 Objetivos Específicos.....	36
CAPÍTULO IV.....	37
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	37
4.1 Tipo de estudio.....	37
4.2 Área de estudio.....	37
4.3 Universo.....	37
4.4 Muestra.....	37
4.5 Criterios de Inclusión.....	37
4.6 Criterios de Exclusión.....	38
4.7 Método, Técnicas, Instrumentos.....	38
4.8 Variables.....	39
4.8.1 Operacionalización de las Variables.....	39
4.9 Procedimiento.....	39
4.9.1 Recursos.....	40



4.9.1.1 Recursos Humanos.....	40
4.9.1.2 Recursos Materiales.....	40
4.10 Cronograma.....	40
4.11 Plan de tabulación y análisis.....	40
4.12 Consideraciones Éticas.....	41
CAPÍTULO V.....	42
5 RESULTADOS.....	42
5.1 Generalidades.....	42
CAPITULO VI.....	47
6. DISCUSIÓN.....	47
CAPITULO VII.....	51
7. CONCLUSIONES.....	51
CAPITULO VIII.....	52
8. RECOMENDACIONES.....	52
CAPITULO IX.....	53
9. BIBLIOGRAFÍA.....	53
CAPITULO X.....	56
10. ANEXOS.....	56
Anexo I.....	56
Anexo II.....	58
Anexo III.....	60
Anexo IV.....	61



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	42
Tabla N° 2	43
Tabla N° 3	44
Tabla N° 4	45
Tabla N° 5	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	21
Gráfico N° 2	22
Gráfico N° 3	23
Gráfico N° 4	24
Gráfico N° 5	25
Gráfico N° 6	26
Gráfico N° 7	27
Gráfico N° 8	28
Gráfico N° 9	28
Gráfico N° 10	29



Cláusula de derechos de autor

Sonia Paola Ordoñez Cordero, autora del proyecto de investigación “uso del partograma como instrumento oportuno para la toma de decisiones en trabajo de parto activo en mujeres con embarazo a término del Hospital Vicente Corral Moscoso, cuenca 2016.”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 02 de Marzo del 2017

Sonia Paola Ordoñez Cordero

C.I: 0105726400



Cláusula de derechos de autor

Paola Fernanda Mancero Hidalgo, autora del proyecto de investigación “uso del partograma como instrumento oportuno para la toma de decisiones en trabajo de parto activo en mujeres con embarazo a término del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2016.”,reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 02 de Marzo del 2017

Paola Fernanda Mancero Hidalgo

C.I: 0104784566



Cláusula de Propiedad Intelectual

Sonia Paola Ordoñez Cordero, autora del proyecto de investigación “uso del partograma como instrumento oportuno para la toma de decisiones en trabajo de parto activo en mujeres con embarazo a término del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2016.”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autoras.

Cuenca, 02 de Marzo del 2017

Sonia Paola Ordoñez Cordero

C.I: 0105726400



Cláusula de Propiedad Intelectual

Paola Fernanda Mancero Hidalgo, autora del proyecto de investigación “uso del partograma como instrumento oportuno para la toma de decisiones en trabajo de parto activo en mujeres con embarazo a término del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2016.”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autoras.

Cuenca, 02 de Marzo del 2017

Paola Fernanda Mancero Hidalgo

C.I: 0104784566



AGRADECIMIENTO

A Dios por ser quien dirige nuestra vida,
A nuestros padres, quienes nos brindaron su apoyo incondicional,
A nuestros hijos, que son nuestra razón para seguir creciendo,
A nuestros maestros, que nos compartieron sus conocimientos y
A nuestros pacientes que nos motivan a crecer e investigar día a día para
brindar un mejor servicio y ser mejores profesionales,
A nuestro director y asesor Dr. Jorge Mejía Chicaiza, por su paciencia y
perseverancia para la culminación adecuada de nuestro proyecto.

Paola Mancero Hidalgo.

Sonia Ordóñez Cordero.



DEDICATORIA

A mis hijos Camilo y Santiago que son los pilares fundamentales en mi vida; las razones por las que lucho y me supero día a día, a mi madre Sonia Cordero quien me ha brindado su apoyo incondicional a lo largo de mi carrera, a mis familiares y amigos que con su cariño me han brindado la fortaleza para seguir adelante y han aportado con cada granito de arena para la realización de esta gran meta

Sonia Paola Ordoñez Cordero



DEDICATORIA

A mis padres Fernando Patricio y Rocío del Carmen quienes han sido el pilar fundamental dentro de la realización de este sueño; siempre prestos a brindarme su apoyo, a mi hijo Isaíd que es la razón que me motiva a luchar día a día para seguir triunfando, a mi esposo Jorge Luis que supo brindarme su apoyo incondicional en los momentos que decaía, a mis hermanos Santiago y Sebastián quienes siempre estuvieron al pendiente de que cumpla mis metas, a mi abuelita Isabel América que desde el cielo me envía sus bendiciones y esa luz que me fortalece día a día, finalmente a todas las personas que me brindaron su cariño, amistad, amor y comprensión para la realización de mi sueño.

Paola Fernanda Mancero Hidalgo



CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

El parto es un proceso fisiológico por el cual se cumple o culmina con el proceso de reproducción, teniendo como objetivo principal una madre y un hijo sano, llamado también parto eutócico, sin embargo en algunas ocasiones este proceso presenta complicaciones que pueden poner en riesgo la vida de la madre y el niño, conocido como parto distócico caracterizado por anomalías en el mecanismo del parto, el personal de salud debe estar preparado para tomar decisiones que permitan culminar el embarazo de la mejor manera, siempre obrando de tal manera que los resultados sean los mejores posibles (2,3).

Hay que recalcar que la prevalencia de partos prolongados donde existe una dilatación cervical ó un descenso fetal lento; se encuentra entre 2,6% a 17,2% a nivel mundial; representando el 8% de las causas de mortalidad materna en los países en desarrollo; siendo la causa principal para la realización de partos por cesárea (4). El diagnóstico precoz de la marcha anormal del parto es importante para la toma oportuna de intervenciones apropiadas tanto médicas como farmacéuticas; así como la referencia a las casas de salud de mayor complejidad en caso de ser necesario.

El partograma es un instrumento de bajo costo, utilizado en obstetricia para llevar un registro grafico de la labor de parto, toma en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo ; tienen tres secciones diferenciadas donde se evalúa y toma en consideración, el estado materno, el estado fetal y el progreso del trabajo de parto, su correcta aplicación permite tomar decisiones terapéuticas adecuadas y oportunas, permitiéndonos también evaluar la calidad de atención dada por el equipo obstétrico del hospital (5).



Con este estudio queremos demostrar la utilidad del partograma en el Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, porque el partograma es un instrumento que se considera indispensable para disminuir la morbilidad materno infantil, al determinar la presencia de un parto distócico o cualquier complicación, permitiéndole llevar un registro y control del parto, de calidad.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El parto es un proceso fisiológico por el que se cumple un proceso fundamental de vida; la reproducción, la mayoría de ocasiones transcurre sin mayores complicaciones y la mujer tiene una experiencia plena en la que se convierte en madre, sin embargo en algunas ocasiones este proceso puede verse complicado y pone en riesgo la vida y el bienestar tanto de la madre como del feto.

Hoy en día la cesárea se ha convertido en un problema en algunos países ya que al ser una cirugía mayor conlleva algunos riesgos, por lo que debe realizarse solo en casos estrictamente necesarios, la Organización Mundial de la Salud propone que los países no sobrepasen el 15% de cesáreas, sin embargo en nuestro país el Ministerio Salud Pública en el 2014 indicó que las cifras de cesáreas llegan al 41%(6), por lo que se dio mayor importancia y se fomentó el uso del partograma en las diferentes casa de salud a nivel nacional; pues es un instrumento económico y accesible que puede usarse de forma sistematizada para prevenir procedimientos innecesarios, garantizando la toma oportuna de decisiones que eviten técnicas quirúrgicas disminuyendo así el número de cesáreas en nuestro país.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación permitirá demostrar la gran importancia de la utilización del partograma y su correcto llenado para lograr así la toma de decisiones secuenciales y sistematizadas de forma adecuada según cada caso, para garantizar el bienestar materno infantil, y brindar la mejor atención posible por parte del equipo gineco-obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso.



Al culminar este proyecto de investigación, obtendremos datos importantes sobre el uso adecuado y las diferentes decisiones que toma el personal de obstetricia frente a un parto distócico; de manera que nos permitirán ver la realidad local frente a los problemas que se presentan durante el parto; puesto que generarán estadísticas confiables que servirán para seguir utilizando el partograma como instrumento que permita optimizar la calidad de atención del parto; con la detección precoz de las complicaciones que pueden darse a lo largo del mismo, garantizando así una madre y un recién nacido sano.

Al finalizar los resultados serán entregados al Hospital Vicente Corral Moscoso y a la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, de manera que la información sea accesible a los estudiantes, docentes y a quienes compete el tema de salud, esperando que se siga cumpliendo con el llenado correcto y la toma adecuada de las medidas terapéuticas que el médico puede usar frente a un parto prolongando; beneficiándose siempre la madre y el recién nacido.



CAPITULO II

2. CONTENIDO TEÓRICO.

2.1 Historia del Partograma

En los años 50; el Doctor Emanuel Friedman presenta el concepto de un análisis gráfico de la labor de parto luego de una minuciosa observación de las mujeres en labor de parto; estableciendo una fase latente caracterizada por el borramiento y la dilatación del cérvix hasta llegar a los 4 cm, seguida de una fase activa que consta a su vez de una etapa de aceleración en la que se verifica una progresión de dilatación cervical muy rápida; y una etapa de desaceleración caracterizada por un enlentecimiento de la dilatación del cérvix hacia los 9-10cm antes del expulsivo, formándose así una curva sigmoidea que representa la dilatación cervical a lo largo del tiempo, mientras que el descenso de la presentación se graficaba con una curva hiperbólica; se lo conoce como Cervicograma (7,8).

En el año de 1972 Philplott y Castle confirman la interpretación gráfica del Doctor Friedman luego de aplicar la misma en un grupo de mujeres africanas de forma que dicho gráfico ayuden a las parteras a llevar a las mujeres al hospital en caso de ser necesario, además de verificar la certeza del gráfico propusieron unos límites arbitrarios a los que llamaron línea de alerta y línea de acción; la primera une puntos que presentan un centímetro de dilatación en el momento de ingreso y hasta llegar a la dilatación completa (10 cm) 9 horas después. La línea de acción se traza paralela a la de alerta, pero a 4 horas de distancia (en forma arbitraria); si la curva cruza la línea de alerta, indica a la partera la posibilidad de un trabajo de parto anormal, siendo necesaria la atención por parte de un médico (7,9).

Durante 1984, De Ross y Hayashi recomiendan gráficos con 3 líneas: la de trabajo de parto mínimo, la de alerta y la de acción, paralelas y con 2 horas de diferencia cada una. Tomando en cuenta que si el trabajo de parto sigue la



línea de trabajo de parto mínimo, se permite la evolución del parto; si cruza la línea de alerta, ha de valorarse la utilidad del trabajo de parto, el potencial de desproporción cefalopélvica (DCP) y la necesidad de estimulación con oxitocina; pero si atraviesa la línea de acción debe decidirse entre administrar oxitocina y tratar una DCP (9).

El Centro Latino Americano de Perinatología (CLAP-OPS/OMS) adoptó desde 1987 la Historia Clínica del parto propuesta por su equipo de investigadores, liderado por R. Schwartz (10).

En el año de 1994, la Organización Mundial de la Salud realizó un estudio apoyado en la propuesta del partograma de Phillpot y Studd, demostrándose que el partograma reduce el trabajo de parto prolongado, el uso de oxitócicos y sus complicaciones potenciales, el índice de cesáreas sin razón justificada, y la morbilidad infecciosa. Desde entonces la Organización Mundial de la Salud recomienda el uso del partograma (7).

En 1998 Schwarcz, Díaz y Nieto realizaron una guía gráfica para la vigilancia del parto, a través de un partograma con curvas de alerta que fueron desarrolladas por el CLAP - OPS/OMS; las curvas de alerta consideran en su percentil 10 la evolución de la dilatación cervical para diferentes condiciones maternas y obstétricas. Las variables utilizadas fueron: paridad (nulípara y multípara), posición materna (vertical: sentada, parada o caminando y horizontal: acostada) y estado de integridad de las membranas (perforadas o íntegras). Según se dé la combinación de estas variables derivan 5 curvas de alerta diferentes, que parten de los 4 a 5 cm de dilatación, desde donde será trazada la línea de base; se dibujará la curva de alerta que mejor se corresponda cada caso; pero al producirse un cambio en las condiciones obstétricas, se modificará la curva de acuerdo con ello (9,11).



2.2 El Partograma

El partograma es un instrumento de bajo costo, impreso en papel, que representa gráficamente la labor de parto y su duración en horas frente a la dilatación cervical en centímetros. Friedman y Cols analizaron esta relación en los años 50, creando juntos el cervicograma, fue Philpott quien desarrolla el primer partograma, tomando este cervicograma y aumentándole una línea de alerta; ésta línea nos marca una dilatación de 1cm por hora como promedio, cuando la dilatación es más lenta el médico debe tomar una decisión para lo cual se creó una línea de acción para intentar que el parto por vía vaginal sea la primera opción (12,13).

El CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología), la OPS (Organización Panamericana de la Salud), El Banco Mundial y la OMS (Organización Mundial de la Salud) aceptaron varios tipos de partograma, basados en los creados de Friedman, Philpott y Schwarcz(2), el Ecuador desde el 2005 ha intentado que en todos los hospitales y centros de salud en los que se atiende partos se use el partograma como instrumento indispensable para la toma de decisiones el momento del parto y para disminuir las cesáreas innecesarias en nuestro medio (6,11,14).

2.3 Objetivos del Partograma

- Disminuir la mortalidad materna infantil, identificando desviaciones en la evolución de un trabajo de parto normal (15,16).
- Dar un correcto seguimiento y una atención de calidad maternoinfantil.
- Identificar y prevenir un trabajo de parto prolongado.
- Disminuir el número de cesáreas innecesarias.
- Evitar la asfixia en el recién nacido y el compromiso del bienestar fetal.
- Brindar un instrumento universal de bajo costo, que permita almacenar y tabular datos con mayor facilidad.

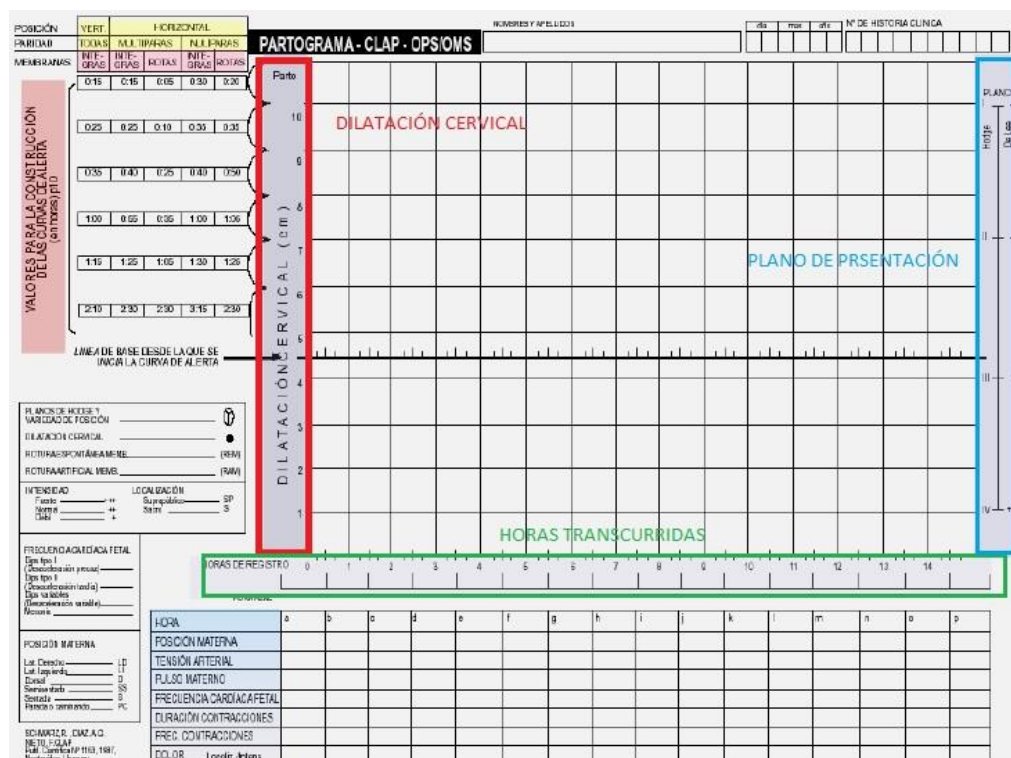
La OMS (Organización Mundial de la Salud) plantea que el parto debe durar como máximo 8 horas en su fase latente, si dura más se le considera fase latente prolongado, indicando que el médico debe tomar las medidas para evitar esto y sus complicaciones; hablamos de la ruptura artificial de

membranas y la colocación de oxitocina, si el trabajo de parto luego de estas medidas no evoluciona se debe realizar una cesárea (17,18).

2.4 Esquema General del Partograma

- El papel del partograma es un papel cuadriculado para la creación de las curvas, sus elementos son:
- Escala vertical a la izquierda numerada del 1 al 10 representando los cm de dilatación cervical (19).
- Escala horizontal que indica las horas transcurridas
- Otra vertical a la derecha que mide la altura de presentación en relación a las espinas iliacas (20).

Grafico 1
Escalas del Partograma



Fuente: (16)

2.5 Pasos para el llenado de un partograma

- Identificar el partograma, con nombres completos, fecha y número de la historia clínica (19).

Grafico 2

Ubicación del nombre, fecha e historia clínica en el partograma

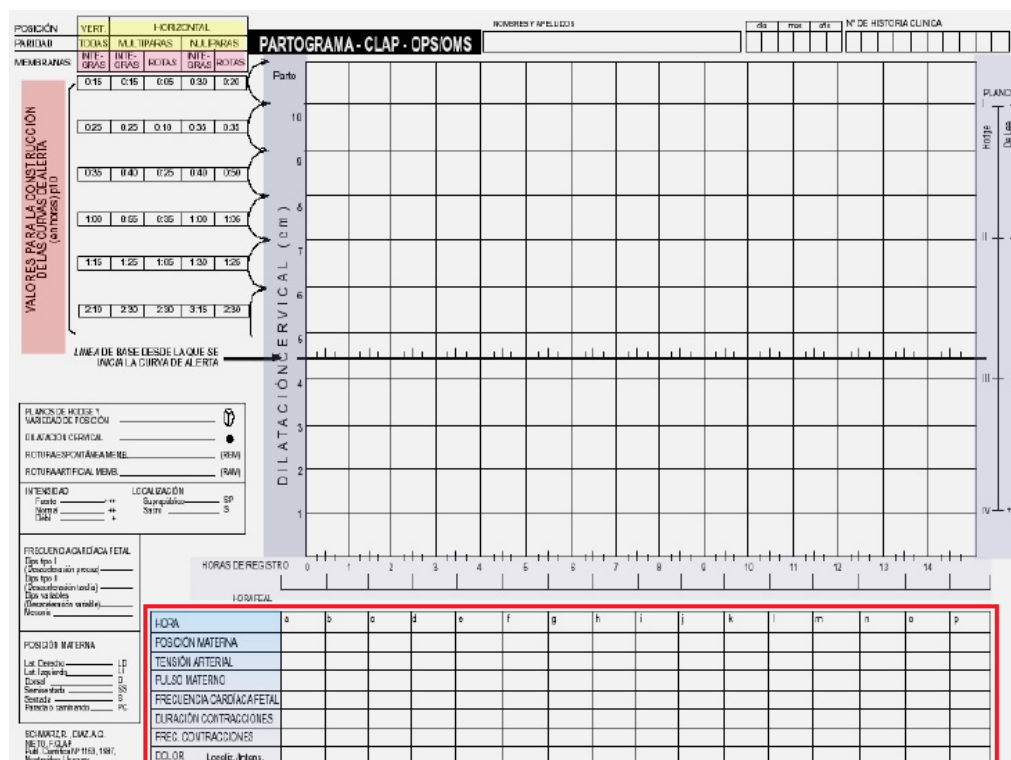
[illegible]

Fuente: (16)

- Ubicar la tabla que se encuentra en la parte inferior derecha, para el llenado de la evolución clínica de la paciente desde la llegada a la casa de salud, siguiendo de forma ordenada cada hora desde la letra “a” a la “p”, el tiempo de evaluación en la fase activa se debe dar cada 30 minutos en pacientes sin ninguna complicación en su parto, mientras que a las pacientes que presentan alguna anomalía; la evaluación debe realizarse cuando el médico considere necesario. Debe constar con la frecuencia cardíaca fetal, posición materna, pulso materno, calidad de actividad uterina (duración, frecuencia, intensidad de cada contracción), localización del dolor (21).

Grafico 3

Evaluación durante la fase activa de labor de parto

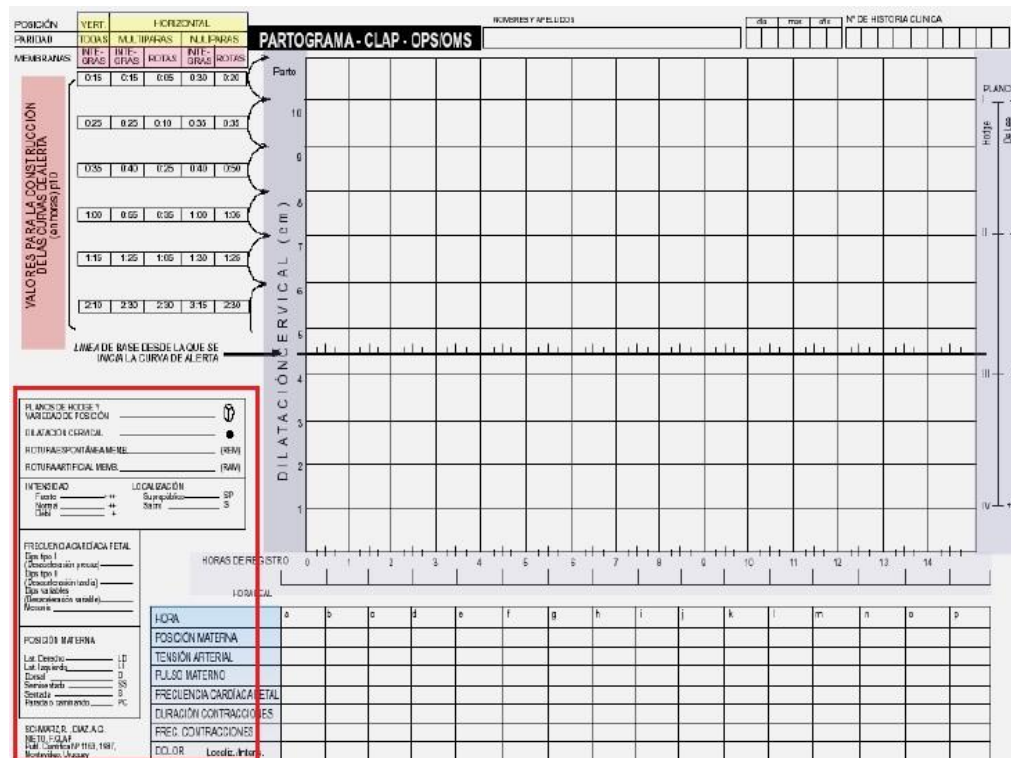


Fuente: (16)

- En la parte inferior izquierda se incluye los planos pélvicos, variedad de posición, dilatación, estado de las membranas, contracción, FCF y posición materna, sirve para monitorear la clínica materna fetal y el descenso (22).

Grafico 4

Datos para monitorear la clínica materna fetal en el partograma



Fuente: (16)

- En el borde inferior de la tabla están las horas, teniendo un espacio para colocar la hora real, por debajo de la hora de registro.

Grafico 6
Transcurso del tiempo en horas con colocación del tiempo real

POSICIÓN		VERT.		HORIZONTAL		NOMBRES Y APELLIDOS		Nº DE HISTORIA CLÍNICA	
PRIMERA	SEGUNDA	VERT.	MULTIPARAS	PRIMIPARAS	VERT.	MULTIPARAS	PRIMIPARAS	PRIMIPARAS	PRIMIPARAS
0:15	0:15	0:15	0:30	0:30	0:15	0:15	0:15	0:15	0:15
0:25	0:25	0:15	0:30	0:30	0:25	0:25	0:25	0:25	0:25
0:35	0:40	0:25	0:40	0:50	0:35	0:40	0:40	0:40	0:40
1:00	0:55	0:35	1:00	1:05	1:00	0:55	0:55	0:55	0:55
1:15	1:25	1:05	1:30	1:35	1:15	1:25	1:25	1:25	1:25
2:10	2:30	2:30	3:15	2:30	2:10	2:30	2:30	2:30	2:30

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA CURVA DE ALERTA

LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

PARTOGRAMA - CLAP - OPSIONS

DILATACIÓN CERVICAL (cm)

HORAS DE REGISTRO

POSICIÓN MATERNA

TENSIÓN ARTERIAL

PULSO MATERNO

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

DURACIÓN CONTRACCIONES

FREC. CONTRACCIONES

DOLOR

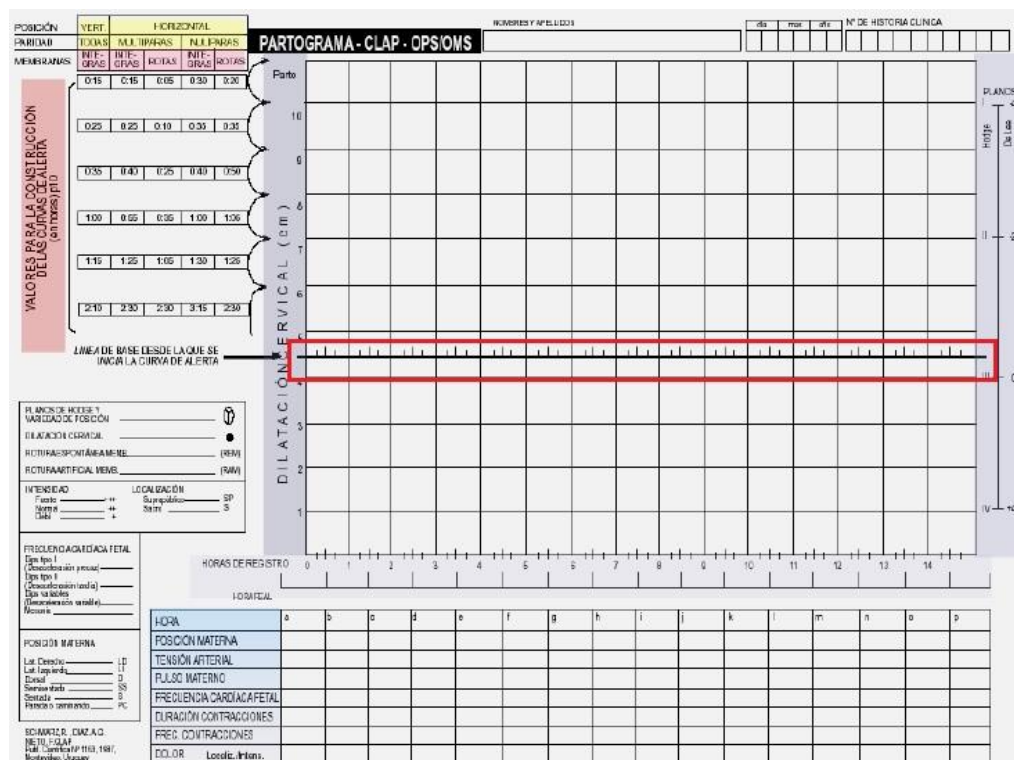
Localiz. Inten.

Fuente: (16)

- El partograma tiene una flecha con una línea base en donde se inicia el grafico de la línea de alerta.

Gráfico 7

Línea de división entre fase latente y fase activa del parto



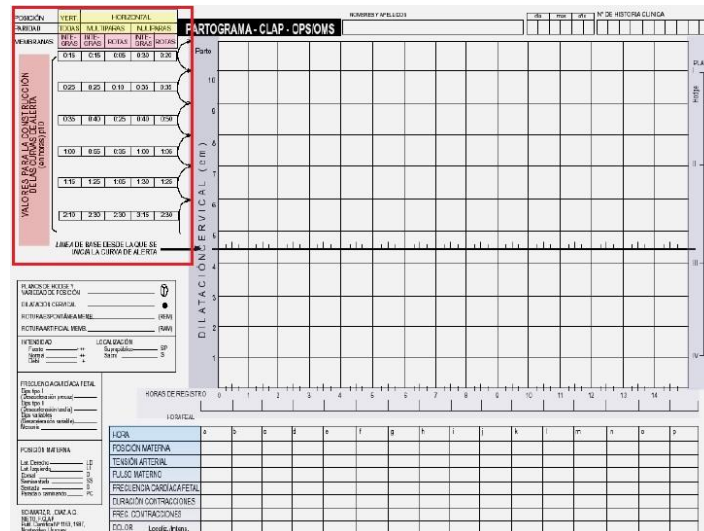
Fuente: (16)

- La curva de alerta inicia en la línea base, y se busca los tiempos en la parte superior izquierda, y se escogen dependiendo de varias características

individuales de cada parturienta como la paridad, posición y el estado de las membranas (5).

Grafico 8

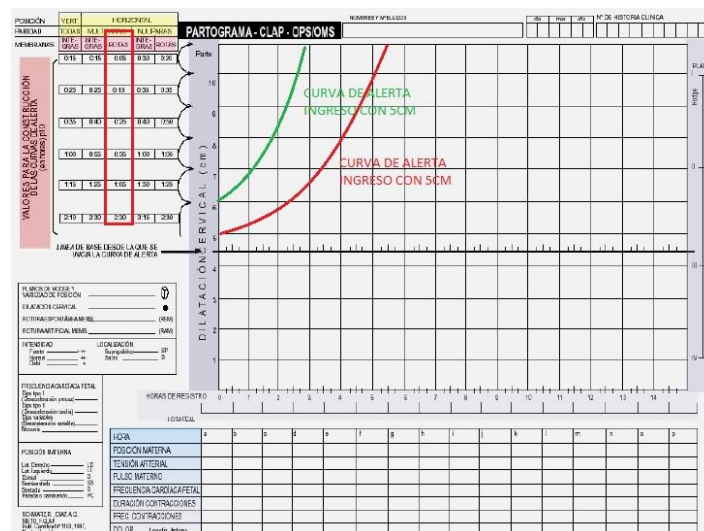
Indicaciones para escoger la escala de tiempo según las características de las pacientes



Fuente: (16)

Grafico 9

Ejemplo de la grafica de la curva de alerta

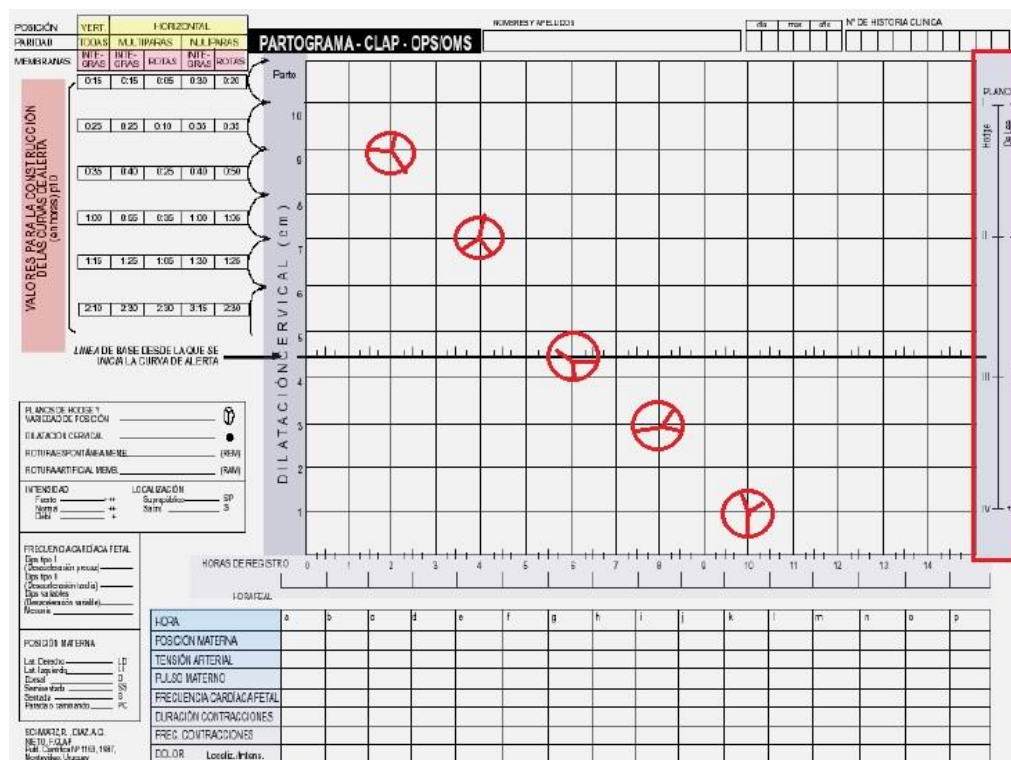


Fuente: (10)

- Curva de descenso se debe utilizar la línea del extremo derecho o de planos, se pueden usar los planos de Hodge o de DeLee, se debe tener en cuenta que la mayoría de cambios en esta línea se da luego de la dilatación 7,5 u 8cm.

Grafico 10

Ejemplo de graficación del descenso fetal teniendo en cuenta los planos de Hodge



Fuente: (16)

Si observamos dificultades o signos de alerta en el trabajo del parto debemos proceder a la ruptura artificial de membranas o a la colocación de oxitocina, procedimientos que también deberán ser graficados y colocados correctamente según la hora en que fueron realizados. El partograma es un instrumento que nos permite evitar complicaciones y tomar decisiones oportunas por lo que debe ser llenado en la mayoría de los partos.



2.6 Ventajas del Partograma (24).

- Disminuye la morbilidad y mortalidad materno-perinatal, pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados, o ambas condiciones.
- Garantiza un seguimiento con alta calidad.
- Evita la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan.
- Es capaz de explicar en parte las bajas proporciones de cesárea en algunos hospitales y la reducción del “intervencionismo” obstétrico.
- En el seguimiento del trabajo de parto con cicatriz uterina predice precozmente la rotura uterina.
- Facilita archivar y computar los datos.
- Constituye un método de lenguaje universal.
- Es económico y asequible. Además, está relacionado con la disminución de: El uso de oxitocina; el trabajo de parto prolongado, el índice de sepsis posparto, el empleo de fórceps, la ejecución de cesárea por sospecha desproporción céfalo-pélvica.
- Es un documento médico legal por sustento de la atención médica.

2.7 Contraindicaciones para el uso del Partograma (25)

Existen una serie de casos que pueden ser diagnosticados antes o durante la labor de parto en los cuales no se debe realizar el partograma y necesitan una atención especial:

- Estatura muy corta
- Hemorragia anteparto
- Preeclampsia severa o eclampsia
- Sufrimiento fetal Agudo
- Cicatriz por cesárea previa
- Anemia
- Embarazo múltiple
- Mala presentación fetal



- Labor prematura de parto
- Labor obstruida obvia

2.8 TRABAJO DE PARTO

2.8.1 Definición

Se considera como trabajo del parto al periodo de tiempo en el que se presentan contracciones uterinas capaces de provocar el borramiento y dilatación del cuello uterino, mismas que deben ser suficientes en frecuencia e intensidad (2).

2.8.2 Etapas del Trabajo de Parto

El trabajo de parto consta de cuatro etapas bien definidas:

Primera Etapa o Periodo de Dilatación: comprende el tiempo transcurrido entre el inicio de las contracciones y la dilatación completa del cérvix; ésta etapa consta de dos fases:

- a. Fase Latente de la Labor de Parto:** comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta o escasa de la dilatación hasta 4 cm (22).
- b. Fase Activa de la Labor de Parto:** se caracteriza por el aumento de la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones; así como de la rápida progresión de la dilatación; inicia cuando la dilatación está en 4cm y culmina cuando llega a 10cm (22). La fase activa de la labor de parto es la más importante en el llenado del partograma, y en la que se van a tomar las distintas decisiones según se presente cada caso.

Segunda Etapa o Periodo Expulsivo: ésta etapa inicia cuando se ha completado la dilatación cervical y termina con la expulsión del feto (24).

Tercera Etapa o Alumbramiento: es el espacio comprendido entre el nacimiento del niño y la salida de la placenta (24).

Cuarta Etapa o Postalumbramiento: es considerada como las dos horas siguientes a la salida de la placenta (3).



2.8.3 Tipos de parto

Podemos definir al parto como a la culminación del embarazo con el nacimiento del bebé, ya sea por vía natural o instrumental (26).

Se han identificado tres tipos de parto:

Parto Normal: es aquel que se produce por vía vaginal sin o con poca ayuda de fármacos o tecnología. Dentro de éste podemos encontrar diversos tipos:

- a. **Parto Eutócico:** se caracteriza por un comienzo espontáneo manteniendo bajo riesgo hasta el alumbramiento, el bebé nace espontáneamente en posición cefálica entre 37 a 42 semanas de gestación completas (22).
- b. **Parto Inducido:** es en el que se logra el trabajo de parto mediante el uso de medicamentos o maniobras contráctiles para el inicio artificial de las contracciones uterinas logrando así una borramiento y dilatación del cérvix (27).
- c. **Parto inmaduro:** es el que se presenta entre las 20 y las 28 semanas de gestación (3,4).
- d. **Parto pretérmino:** es el que se presenta entre las 28 y las 36 semanas de gestación (22,28).
- e. **Parto a término:** es el que se presenta entre las 37 y 42 semanas.
- f. **Parto postérmino:** el que se presenta luego de las 42 semanas de gestación o más de 294 días, calculados a partir de la fecha de la última menstruación confiable (18).

Parto Instrumental: es el parto en el que se utilizan instrumentos (fórceps y vácuum extractor) vía vaginal con la finalidad de ayudar en la salida del bebé que se ha complicado por diversas causas (20).



Parto Abdominal: es el parto por cesárea, que debe ser considerado solamente en situaciones que pongan en riesgo la vida del feto o de la madre, sin embargo existe un porcentaje que son electivas; ya que las madres prefieren un parto abdominal a un vaginal (26).

2.9 Parto Distócico

Se considera como parto distócico a cualquier parto que presente una anomalía que interfiera en la evolución fisiológica del trabajo de parto(29,30).

2.10 Parto Prolongado

El parto prolongado está determinado por un borramiento y dilatación cervical anormalmente lentas; así como un descenso fetal lento durante el trabajo de parto (31).

2.11 Anomalías del Trabajo de Parto (32)

Durante la labor de parto podemos presentar diversas anomalías que podemos clasificarlas según la fase en la que se presenten las mismas.

En la fase latente de la labor de parto encontramos solamente una anomalía conocida como fase latente prolongada considerada como tal cuando excede las 20 horas en las nulíparas y las 14 horas en las multíparas.

En la fase activa de la labor de parto se puede presentar:

- Fase activa prolongada: caracterizada por una velocidad de dilatación cervical durante la fase activa del trabajo de parto inferior a 1.2cm/h en nulíparas y a 1.5cm/h en multíparas.
- Detención secundaria de la fase de dilatación: se produce cuando esta última se detiene durante 2 horas o más.



- Fase prolongada de desaceleración: en condiciones normales, la duración media de la fase de desaceleración es de 54 minutos en la nulípara y de 14 minutos en la múltipara. Se habla de fase de desaceleración prolongada cuando dura más de 3 horas en la nulípara o más de 1 hora en la múltipara.

Mientras que las anomalías del segundo periodo del parto son:

- Ausencia de descenso cervical: el descenso prolongado; se da cuando la máxima pendiente de descenso es igual o inferior a 1.0cm/h en nulíparas o a 2cm/h en múltiparas y detención del descenso; que es la falta de progresión en el avance fetal a lo largo del canal del parto en el segundo estadio del parto durante 1 hora.

Por último, existe una anomalía que se caracteriza por un parto rápido y a la que se conoce como parto precipitado.

2.11.1 Causas de las Anomalías en el Parto (32)

Poder detectar una anomalía en el parto en la gráfica de Friedman solamente es el primer paso; ya que luego debemos identificar si la causa es debido a las fuerzas expulsoras, factores fetales ó factores pelvianos maternos

Fuerzas Expulsoras:

Durante la fase activa del parto el útero se contrae de 3 a 4 ocasiones con una fuerza de 25 a 75mmHg en un periodo de 10 minutos, éstas fuerzas son complementadas en el segundo periodo del parto con los esfuerzos expulsorios de la madre conocido como prensa abdominal. Haciendo énfasis en éstas observaciones; debemos tener en cuenta que podemos tener anomalías en el trabajo uterino: la Hipotonía caracterizada por menor frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas y la Hipertonía son contracciones frecuentes, intensas y dolorosas que no ejercen efecto sobre la dilatación cervical ni sobre el borrado del cuello; y las anomalías en la Prensa Abdominal presentándose como resultado del malestar de la madre así como efecto de la anestesia epidural.



Factores Fetales

Es de gran importancia tener presentes los siguientes aspectos: tamaño fetal ya que la macrosomía es muy común en las anomalías del parto, la presentación (frente, hombro, cara), la posición (occipito-posterior, occipito-transversa) y la actitud (extensión, asinclitismo). Hay que recalcar que cada una de dichas particularidades se pueden diagnosticar con una exploración pelviana cuidadosa y la ecografía. Además de lo mencionado malformaciones como hidrocefalia, tumores fetales, entre otros pueden causar alteración al momento del parto (32,33).

Anomalías Pélvicas

La causa principal está dada por la disparidad entre los diámetros de la cabeza y las dimensiones de la pelvis materna conocida como desproporción céfalo-pélvica; misma que es indicativo de cesárea por lo que hay que hacer un examen minucioso de la pelvis materna para evitar la progresión de un parto eutócico que desde un comienzo debía ser un parto por cesárea (32).



CAPITULO III

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar el uso del partograma como instrumento oportuno para la toma de decisiones en el trabajo de parto, en las historias clínicas de pacientes en fase activa de labor de parto que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo de abril a junio del 2016.

3.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar a la muestra según las condiciones socio-demográficas que presenten.
2. Establecer la frecuencia de pacientes que terminan su labor de parto dentro de la curva de alerta.
3. Establecer la frecuencia de pacientes que salen de la curva de alerta del partograma.
4. Conocer la frecuencia de las principales decisiones que toma el médico al observar una anomalía en el partograma.
5. Determinar los principales diagnósticos realizados en los partos que culminaron en cesárea en base al análisis del partograma.



CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal.

4.2 Área de estudio

El servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso que se encargan de atender a las mujeres que se encuentran entre las 37 y las 42 semanas de gestación con labor de parto activa y espontánea,

4.3 Universo

Los partogramas de 736 historias clínicas de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el período de abril a junio del 2016.

4.4 Muestra

Partogramas de 526 historias clínicas de mujeres con embarazo a término y labor de parto espontánea en fase activa, que fueron atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo de abril a junio del 2016

4.5 Criterios de inclusión

- Historias Clínicas de mujeres con embarazo a término en labor de parto espontáneo.
- Historias Clínicas de mujeres con embarazo a término en labor de parto que culminaron en cesárea por expulsivo prolongado ó sufrimiento fetal agudo.

4.6 Criterios de exclusión

Las historias clínicas de mujeres gestantes con las siguientes características:

- Partogramas con datos incompletos.
- Partogramas con curvas de alerta equivocadas.
- Embarazo con labor de parto prematura.
- Preeclampsia o eclampsia.
- Mujeres con embarazo múltiple
- Historias clínicas incompletas en las que no se encuentra partograma.

4.7 Método, Técnicas, Instrumentos

Método

El presente estudio es de diseño descriptivo retrospectivo y se analizó 526 Historias Clínicas de las mujeres que ingresan con labor de parto espontánea en fase activa al Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, con una Historia Clínica completa y un partograma llenado correctamente, en un periodo de abril a junio del 2016. El partograma fue evaluado para determinar las medidas tomadas ante la desviación de la curva para la prevención de un parto prolongado u otras complicaciones.

Técnicas

Análisis descriptivo

Instrumentos

- Todas las historias clínicas de las pacientes que ingresen a nuestro estudio según los criterios de inclusión.
- Datos estadísticos del HVCM.
- Cuadros que faciliten la recolección y tabulación de los datos.



4.8 Variables

- Edad, Etnia, Sexo, Estado Civil, Gestas, Semanas de Gestación, Dentro de la curva de alerta, Fuera de la curva de alerta, Conducción, Ruptura Artificial de Membranas.

4.8.1 Operacionalización de Variables

(Ver Anexo I)

4.9 Procedimientos

- Autorización:
 - a) Se realizó un oficio firmado por el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca Dr. Sergio Guevara, solicitando permiso para revisión de historias clínicas y datos del partograma de las pacientes que acudieron en fase activa de labor de parto en el período de abril a junio del 2016 dirigido al Director de Investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso Dr. Ismael Morocho Malla.
 - b) Se obtuvo la aprobación del oficio dirigido al Director de investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso, para acceder al departamento de estadística para revisión de Historias clínicas y partogramas de las pacientes en estudio
 - c) Se obtuvo los datos necesarios de las Historias Clínicas en el Formulario para la Recolección (ver anexo II) de los mismos revisado en la aprobación del protocolo.
- Aprobación del protocolo: Por la Comisión de Proyectos de Investigación y la Comisión de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.
- Capacitación: Revisión bibliográfica y capacitación por parte de nuestro director de tesis sobre el tema en estudio.
- Supervisión: Dr. Mejía Chicaiza Jorge Victoriano, ginecólogo, docente de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.
- Revisión de historias clínicas y registro en el formulario de recolección de datos.
- Análisis y tabulación.



- Informe final.

4.9.1 Recursos

4.9.1.1 Recursos Humanos

- **Directos**
 - Director: Dr. Jorge Victoriano Mejía Chicaiza.
 - Autoras: Paola Fernanda Mancero Hidalgo, Sonia Paola Ordóñez Cordero
- **Indirectos**

El personal de estadística de HVCM que nos proporcionó el acceso a los partogramas de las historias clínicas de las pacientes mujeres que acudieron al centro obstétrico con labor de parto activa en el periodo abril – junio 2016.

4.9.1.2 Recursos Materiales

(Ver anexo III)

4.10 Cronograma

(Ver anexo IV)

4.11 Plan de tabulación y análisis

Después de la recolección de los datos se procedió a la tabulación usando el programa Microsoft Excel para la base de datos, para el análisis y la presentación de tablas y gráficos se utilizó el software estadístico SPSS versión 15. Para el informe de los resultados la presentación es a través en Microsoft Word 2013; la presentación de la información está dada por medio de tablas que facilitan la interpretación de los resultados.



4.12 Consideraciones Éticas

El siguiente estudio se realizó con la intención de mejorar en un futuro la atención a las mujeres que se encuentren en labor de parto, y demostrar que el uso del partograma mejora la atención y disminuye los procedimientos quirúrgicos, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, este estudio se mantuvo confidencialidad y los datos obtenidos se usaron únicamente para el propósito de esta investigación. Los resultados fueron codificados usando un número indistinto y por lo tanto, serán anónimas, protegiendo la privacidad de las pacientes, luego de obtener las autorizaciones pertinentes por parte del director de investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso.



CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1 Generalidades

Tabla N°1

Distribución de 526 pacientes con embarazo a término en fase activa de labor de parto, en el Departamento de Obstetricia del HVCN, periodo Abril- Junio 2016, según datos demográficos, Cuenca-Ecuador 2017

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad en años Cumplidos	10-19	124	23,57
	20-29	270	51,33
	30-39	123	23,38
	40-49	9	1,72
Etnia	Mestiza	524	99,62
	Indígena	1	0,19
	Afroecuatoriana	1	0,19
Estado Civil	Casada	195	37,07
	Soltera	123	23,38
	Divorciada	4	0,76
	Unión Libre	204	38,79
Paridad	Nulíparas	246	46,77
	Múltiparas	280	53,23
TOTAL MUJERES		526	100,00

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Elaborado por: Mancero P., Ordóñez S.

Según los datos demográficos de las pacientes en estudio podemos darnos cuenta que la mayoría de los partos fueron en mujeres de entre 20 a 29 años de edad con el 51,33%, mestizas en un 99,62% y con estado civil de unión libre en un 38,79% y múltiparas en el 53,23%.



Tabla N°2

Distribución de 526 pacientes con embarazo a término en fase activa de labor de parto, en el Departamento de Obstetricia del HVCM, periodo Abril- Junio 2016, según la curva de alerta, Cuenca-Ecuador 2017

CURVA DE ALERTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dentro	342	65,02
Fuera	184	34,98
TOTAL	526	100,00

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Elaborado por: Mancero P., Ordóñez S.

En el área de gineco-obstetricia, del HVCM, se atendieron 526 mujeres con embarazo a término en labor de parto activo de abril a junio del 2016; el 65,02% permanecieron dentro de la curva de alerta y el 34,98% rebasó la misma.

Tabla N°3

Distribución de 526 pacientes con embarazo a término en fase activa de labor de parto, en el Departamento de Obstetricia del HVCM, periodo Abril- Junio 2016, según las decisiones de los médicos frente a una anomalía en el partograma, Cuenca-Ecuador 2017

DEFINICIÓN		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Conducción	Recibió	172	32,70
	No recibió	354	67,30
Ruptura Artificial de Membranas	Recibió	134	25,48
	No recibió	392	74,52
Cesárea		89	16,92
TOTAL		526	100,00

Durante el periodo en estudio en el HVCM el 67,30% de pacientes no recibieron conducción, al 74,52% de pacientes no se les practicó ruptura artificial de membranas, el 16,92% de los partos terminaron en cesárea.



Tabla N°4

Distribución de 526 pacientes con embarazo a término en fase activa de labor de parto, en el Departamento de Obstetricia del HVCM, periodo Abril- Junio 2016, según el tipo de parto, Cuenca-Ecuador 2017

TIPO DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Parto normal	437	83,08
Parto por cesárea	89	16,92
TOTAL	526	100,00

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Elaborado por: Mancero P., Ordóñez S.

El 83,08% de los partos de mujeres con embarazo a término en fase activa de labor de parto atendidas en el HVCM entre abril y junio del 2016 fueron por vía vaginal; mientras que los partos por cesárea representan el 16,92% de los partogramas que se incluyeron en éste estudio.



Tabla N°5

Distribución de 526 pacientes con embarazo a término en fase activa de labor de parto, en el Departamento de Obstetricia del HVCM, periodo Abril- Junio 2016, según el diagnóstico de cesárea, Cuenca-Ecuador 2017

DIAGNOSTICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Compromiso Agudo del Bienestar Fetal	27	30,34
Desproporción Céfalo-Pélvica	22	24,72
Distocia Cervical	12	13,48
Expulsivo Prolongado	5	5,62
OTROS	23	25,84
TOTAL CESAREAS	89	100,00

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Elaborado por: Mancero P., Ordóñez S.

Durante el periodo abril-junio del 2016, en la muestra de estudio del HVCM, podemos ver que el principal diagnóstico para la realización de cesárea es el Compromiso Agudo del Bienestar fetal representado en un 30,34%; tenemos diagnósticos esporádicos que sumados representan el 25,84% entre los que se encuentran por ejemplo inducción fallida, asinclitismo anterior, etc.



CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

Si bien es cierto, el partograma es un instrumento medico de bajo costo utilizado en gineco-obstetricia que se encarga de llevar un registro grafico de la labor de parto, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo; tiene tres secciones diferenciadas donde se evalúa y toma en consideración, el estado materno, el estado fetal y el progreso del trabajo de parto para direccionar las decisiones médicas que garanticen el bienestar materno-infantil.

Durante el desarrollo de nuestra investigación; tanto en la recolección como en el procesamiento de los datos podemos darnos cuenta que el Partograma es de mucha ayuda e importancia en la fase activa de la labor de parto, ya que nos permite ir registrando datos prescindibles durante el periodo del parto; así como la toma de decisiones necesarias para garantizar el bienestar materno infantil según la particularidad de cada caso.

El estudio realizado a 526 pacientes, con embarazo a término en fase activa de labor de parto que acudieron al servicio de Obstetricia del Hospital Vicente corral Moscoso representando el 51,33% por las pacientes entre 20 y 29 años, mestizas en un 99,62%, de estado civil unión libre en un 38,79% y casadas en 37,07%; determina que la frecuencia de los partos que permanecen dentro de la curva de alerta representan el 65,02% de la muestra en estudio.

La frecuencia de los partos que culminaron fuera de la curva de alerta representan el 34,98% de la muestra en estudio; representando los partos prolongados fuera de la curva de alerta en las pacientes en fase activa de labor de parto que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso en los meses de abril, mayo y junio de 2016; lo que genera preocupación ya que la Organización Mundial de la Salud nos brinda datos de entre el 2.6% al 17.2% a nivel mundial,



en el estudio de Bolbol y compañía en el año 2015 realizado a 140 mujeres con embarazo a término y parto prolongado se obtuvo un 15% de partos prolongados; con sensibilidad y especificidad de 96,7% para la predicción del partograma en evaluar partos prolongados; indicándonos que en el HVCM no se toma de forma oportuna el momento para iniciar con los procedimientos médicos que permitan disminuir el porcentaje de partos que culminan fuera de la curva de alerta, pese a ello hay que tomar en cuenta otros aspectos que nos indican que el uso del partograma es fundamental en el trabajo activo del parto (4).

La toma de decisiones que los médicos tuvieron frente a las dificultades que se presentaron en la fase activa de la labor de parto en las pacientes se encuentran distribuidos de la siguiente manera : Conducción el 32.70%, Ruptura Artificial de Membranas 25.48%, los partos que culminaron en cesárea según el análisis del partograma fueron el 16,92% en todo el periodo, teniendo un porcentaje de 83.08% de partos normales durante el periodo en estudio; demostrándonos así que siguiendo los pasos del partograma en el HVCM tenemos un aumento en el porcentaje de partos normales y reducción de cesáreas frente a los datos que el Ministerio de Salud Pública nos brinda en la Guía de Práctica Clínica “Atención del parto por cesárea” en los que los partos normales representan el 59% y los partos por cesárea el 41% cumpliéndose así uno de los objetivos principales que tiene el uso del partograma (34).

En el estudio de López Evita, en 312 pacientes en el año 2011 en el Hospital Regional Zacapa, Guatemala; concluyó que existe asociación entre el uso de partograma y duración del monitoreo del trabajo de parto, uso de oxitocina y tiempo existente entre el diagnóstico de anomalía y parto, por lo que continua siendo un instrumento útil para el monitoreo del trabajo de parto y la detección de complicaciones (32); lo que respaldaría nuestros resultados porque hemos podido observar que tomando decisiones oportunas ante un parto con anomalías; podemos conservar el bienestar de la madre como del niño, así como prevenir cesáreas innecesarias.

En el estudio realizado por la USAID, Guatemala; en dos Centros de Atención de Permanente (CAP), un Centro de Atención Integrada Materno



Infantil (CAIMI) con atención de partos y dos hospitales de San Marcos; verifican que con el correcto llenado y decisiones tomadas a partir de los criterios del partograma el servicio mejoró su atención del 63% al 98%; información que podemos corroborar con los resultados obtenidos en nuestro estudio en el que incrementó el porcentaje de partos vaginales al 83,08% y se reduce el porcentaje de cesáreas al 16,92% en las mujeres en fase activa de labor de parto, siendo representadas en su mayoría por los partos que presentaron alguna complicación por lo que salieron de la curva de alerta por el 71,91% de los casos de cesárea; frente a los datos del 59% y 41% emitidos en la guía de práctica clínica del MSP “Atención del parto por cesárea” del 2015 que tiene por objetivo disminuir las cesáreas innecesarias en nuestro país; mismo que se cumple con un adecuado llenado, uso y análisis del partograma. (34,35)

En el estudio realizado por Briones y compañía en el año 2012; se estudiaron 84 pacientes gestantes cuyo embarazo se encontraba entre las 37 a 41 semanas de gestación, con edades comprendidas entre los 11 y 35 años, con una aplicación del partograma del 100%, se observó que el 81% de pacientes terminaron su embarazo por parto vaginal y un 19 % vía cesárea cuya indicación se debió a sufrimiento fetal agudo (43%), desproporción céfalo-pélvica (23%), Distocia de presentación (14%), expulsivo prolongado (10%) y otras causas (10%) podemos confirmar con los resultados que obtuvimos ya que se presentan condiciones similares pues estudiamos 526 pacientes con embarazo entre 37 a 42 semanas de gestación, con una aplicación del partograma del 100%, observamos que el 83,03% terminaron su embarazo vía vaginal, el 16,92% en parto por cesárea; incluso los principales diagnósticos de los partos que culminaron en cesárea según el análisis del partograma son: Compromiso Agudo del Bienestar Fetal con el 30.34%, Desproporción Céfalo-Pélvica con el 24.72%, Distocia Cervical con el 13.48%, Expulsivo Prolongado con el 5.62% y finalmente otros diagnósticos entre los que tenemos inducción fallida, asinclitismo, dilatación estacionaria, etc que representan conjuntamente el 25.84%, diferenciándose únicamente en el Expulsivo prolongado ya que en el estudio ocupa el tercer lugar y en nuestra investigación ocupa el cuarto lugar; lo que nos invita a pensar que la investigación que realizamos en nuestro

Mancero Hidalgo Paola Fernanda
Ordóñez Cordero Sonia Paola



estudio no se aleja de las cifras que se presentan a nivel nacional, incluso que el HVCN presenta un menor porcentaje de cesáreas frente al Hospital Isidro Ayora de Quito.(4)

El estudio realizado por Paiva N., realizado a 130 pacientes en el centro obstétrico del distrito federal de Brasil en el año 2015 en el que verifica la utilización del partograma; concluye que los profesionales que no utilizaron el mismo presentan dificultades para responder ante cualquier anomalía que se presenta durante el parto llegando incluso a realizar cesáreas innecesarias frente a los que sí usan partograma recomendando el uso y adecuado llenado del mismo a nivel mundial; esto respalda nuestras conclusiones a favor del partograma (36).

Barros y Veríssimo estudiaron 171 pacientes en dos maternidades escolares de Alegoas, Brasil; respaldan nuestro estudio porque concluyen que el partograma es una herramienta eficiente y eficaz para monitorizar y asegurar el binomio madre-hijo evitando medidas innecesarias durante el parto.(8)

En cuanto a la valoración del Apgar podemos concluir que el partograma no tiene ninguna relación; ya que a pesar que el compromiso agudo del bienestar fetal es el primer diagnóstico de cesáreas pudimos notar que la puntuación en dicho test de los neonatos con valores mayores a 8 indicando que los niños se encuentran bien al momento de nacer, si hubo o no prolongación del parto sobre la curva de alerta y los procedimientos realizados, puesto que la mayoría de los casos se asocian a circunstancias independientes del partograma como líquido con meconio; éstos resultados concuerda con las conclusiones de los estudios de Bolbol el año 2015 y el estudio de López Evita, en 312 pacientes en el año 2011 en el Hospital Regional Zacapa que concluyeron que no hay relación entre la valoración del Apgar y el uso del partograma.(1,4,32,37)



CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES

- En el estudio que realizamos en el Hospital Vicente Corral Moscoso en la ciudad de Cuenca el mayor porcentaje de los casos se dieron en mujeres entre 20 a 29 años de edad, identificadas dentro de la raza mestiza en su mayoría y de estado principal unión libre.
- El 53,23% de las pacientes fueron multíparas y representaron la mayoría de los casos que se encuentran dentro de la curva de alerta.
- En el HVCM en el período de abril a junio de 2016 acudieron 526 pacientes en fase activa de labor de parto; el 83,08% culminaron en parto normal y dentro de la curva de alerta el 65,02%.
- Los partos de pacientes nulíparas y multíparas se presentan en cantidades similares; pero del total de partos que se encuentran fuera de la curva de alerta pertenece a las pacientes nulíparas con un 64,13%.
- Los partos que fueron conducidos representan el 32,70% de los casos, mientras que a los que se les practicó ruptura artificial de membranas representan el 25,48%.
- El 16,92% de los pacientes terminaron su embarazo vía cesárea, siendo su diagnóstico principal el compromiso agudo del bienestar fetal representando el 30,34% de los casos. El 71,91% de las cesáreas se presentaron en pacientes que rebasaron la curva de alerta.



CAPITULO VIII

8. RECOMENDACIONES

- Al personal del Área de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso; que realice una capacitación tanto a médicos como enfermeras sobre el partograma; sus usos y objetivos, de esta manera podrán llenar, interpretar y tomar las decisiones pertinentes frente a cada caso que se presente en la fase activa de la labor de parto.
- Al Área de Investigación del Hospital Vicente Corral Mocosos; que permita y realice más estudios sobre el partograma; pues no existen estudios sobre el mismo dentro de nuestra ciudad, lo que nos ayudaría a verificar la utilidad del mismo en la labor de parto.
- A la Escuela de Medicina y Enfermería de la Universidad de Cuenca; para que continúen fomentando en los estudiantes la importancia del llenado y el uso del partograma dentro de la labor de parto, ya que nos ayuda a garantizar el bienestar materno-infantil

A los médicos; especialmente a los que se encargan del Área de Gineco-Obstetricia de las diferentes casas de salud; para generar concientización sobre la utilización del partograma, porque es una herramienta muy útil y económica para entregar una madre y un niño sanos al culminar el parto, ayudándonos a detectar de forma temprana cualquier anomalía que se presente en el transcurso del mismo y hacerle frente de la mejor manera según las características individuales de cada caso que se presente.



CAPITULO IX

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Lavender, T.; Hart, A.; Smyth, R. M. D. *Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term*. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2013, Número 7. Art. n.º: CD005461. DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub4.
2. Ministerio de Salud Pública. *Guía de Práctica Clínica: Atención del trabajo parto, parto y postparto inmediato*. Dirección Nacional de Normatización, 1ª Edición, Quito, Ecuador, 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.
3. Bolbol-Haghighi N, Keshavarz M, Delvarianzadeh M, Molzami S. *Evaluation of the alert line of partogram in recognizing the need for neonatal resuscitation*. Iran J Nurs Midwifery Res. 2015;20(5):560-4.
4. Briones Esmeraldas KM, Merecí Becerra WH. *Evaluación del partograma en primíparas con embarazo a término y labor de parto espontánea como instrumento para disminuir cesáreas en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Quito en el periodo de Enero 2011–Agosto 2012*. Quito-Ecuador 2012; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/handle/25000/1079>
5. Gómez Semanate TE, Peralta Jara CV. *Partograma: valoración de las medidas correctivas para prevención de parto prolongado, ante la desviación de la curva de alerta, en pacientes que acuden al Hospital Básico Machachi, en el período Enero a Diciembre del 2011*. 2012; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4534>
6. Chalacán Zapata TD, Lisintuña Jaguaco DF. *Aplicación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en el Hospital Gineco Obstétrico «Isidro Ayora» en el período Enero a Diciembre del 2010*. 2012; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/handle/25000/2189>
7. Barros L de A, Veríssimo RCSS. *Uso do partograma em maternidades escola de Alagoas*. Alagoas- Brasil 2011; Disponible en: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/12484>
8. Cochrane Database of Systematic Reviews. *Efecto del uso del partograma en los resultados para pacientes con trabajo de parto espontáneo a término* (Revision Cochrane traducida). 2013 Issue 7. Art. No.: CD005461. DOI: 10.1002/14651858.CD005461
9. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. *Obstetricia. Sexta Edición*. Buenos Aires: Editorial el Ateneo; 2005. 471-479 p.



10. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa parto normal: documento de consenso. Barcelona: la Federación; 2007.
11. Vergara Toro Jorge Alberto. *Protocolo de trabajo de parto guía de vigilancia d el trabajo de parto con el part ograma del clap7smr - ops/oms*. 2011. 2011
12. Agudelo Jaramillo B., Gómez Dávila J., Faciolince Pérez S. Guía: *Vigilancia del trabajo de parto con el partograma del CLAP/SMR - OPS/OMS*. 2011.2011
13. Lancet. World Health Organization *partograph in management of labour*. 1994. 4, 343-1404 p.
14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Práctica Clínica. *Atencion trabajo de parto*. Quito-Ecuador. Mayo 2015. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ATENCION-TRABAJO-DE-PARTO-EDITOGRAM.pdf>
15. UNICEF, eds. Guía técnica para la atención de endemias prioritarias en la población en general. En: *Guías técnicas del seguro básico de salud* [Internet]. MSPS. p. 129–143. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILAC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=322336&indexSearch=ID>
16. Agudelo Jaramillo Bernardo. *Trabajo de parto Activo Partograma*. 2011. Disponible en: <http://www.sinergiasong.org/cajasdeherramientas/parto/vinculos/tallerPartograma.pdf>
17. Nápoles D, Bajuelo AE, Téllez MS, Couto D. *El partograma y las desviaciones del trabajo de parto*. Medisan. 2004;8(4):64–72.
18. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (España), País Basc, Departamento de Sanidad, España, Ministerio de Ciencia e Innovación, España, et al. *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal: versión resumida*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010.
19. Abouassi O, Vargas A, Barrios F, others. *Impacto del Partograma en la atención del trabajo de Parto*. Salud Online. 2003;7(2). Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Xiomara_Chirivella/publication/267967850_Impacto_del_Partograma_en_la_atencin_del_trabajo_de_Parto/links/5527c1ea0cf29b22c9b94030.pdf
20. Rodríguez Valencia MA. *Complicaciones del embarazo en adolescente primigesta en el Hospital de la Mujer Aguascalientes*. 2015; Disponible en: <http://148.211.4.79:8080/xmlui/handle/123456789/332>
21. López C, Fabián A, Pinos Abad GM. *Estudio comparativo entre el partograma del CLAP y el partograma de la OMS en embarazadas del*



- Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, Ecuador*. 2008. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/18945>
22. Gaibor MSA, Soledad M, Padilla T, Magali T. *Factores causales relevantes de hemorragia post parto cefalo vaginal en pacientes multíparas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del «hospital general dr. Enrique Garces» Quito, período septiembre del 2012–agosto del 2013*. 2014; Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/154>
23. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA. *Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes*. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016; 24. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100349&lng=en&nrm=iso&tlng=en
24. Ubeda M. *Cuidados del Parto Normal: Una guía práctica*. OMS . Matronas Ubeda 2016. Disponible en: <http://matronasubeda.objectis.net/area-cientifica/guias-protocolos/oms>
25. Gutiérrez GR, López JCR, Salim PC, de León ALPP. *Factores de riesgo asociados con el parto distócico*. *Ginecol Obstet Mex*. 2007;75(9):533–38.
26. Infante Salinas AP. *Complicaciones neonatales en relación al período expulsivo prolongado en partos eutócicos atendidos en pacientes en el servicio de gineco obstetricia del hospital regional docente Ambato durante el período septiembre 2011–julio 2012*. Quito: UCE; 2012. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/handle/25000/3728>
27. Moldenhauer Julie S. *Trabajo de parto prolongado*. *Manual MSD*. Septiembre de 2011; Disponible en: <http://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el>
28. Lopez E. *Uso de partograma*. 2014. Guatemala. Octubre 2014; Disponible en: http://www.repositorio.usac.edu.gt/602/1/05_9493.pdf
29. Fuentes MN. *Fase activa del parto: conducta y manejo*. 2010 Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2010_fase_activa_del_parto.pdf
30. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Guía de practica clínica. Atención del parto por cesárea*. MSPE; Quito-Ecuador 2015.
31. USAID. *El Uso del Partograma y el Manejo Activo del Tercer Estadío del Parto* . Prácticas de atención materna neonatal seguras. Guatemala 2010. Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D78.pdf
32. Paiva N de S. *O uso do partograma em um Centro Obstétrico do Distrito Federal*. 2015. Brasil 2015; Disponible en: <http://bdm.unb.br/handle/10483/10928>



CAPITULO X

10. ANEXOS

Anexo I

Operacionalización de las Variables

VARIA BLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	Tipo de variabl e	Escala
Edad	Edad en años del adolescente a la fecha de inicio del estudio desde su nacimiento.	Años	Númerica continua	Números: 10,12,13,14 ,15,16,17,1 8,19,20,21, 22,etc
Sexo	Condición orgánica que diferencia hombres de mujeres.	Caracteres sexuales secundarios.	Categórica dicotómica	Hombres, Mujeres
Estado civil	Estado legal en que se encuentra una mujer en relación a su pareja	Legal	Variable nominal	soltera, casada, divorciada, viuda, unión libre.
Edad gestac ional	Numero de semanas en el que se encuentra la paciente desde la ultima menstruación hasta la	Semanas de gestación	Variable Continua	37, 38, 39, 40, 41, 42.



	fecha.			
Partograma	Instrumento grafico que describe las características y circunstancias de la labor de parto.	Características específicas de cada partograma	Variab e indepe ndiente	Dentro de la curva de alerta. Fuera de la Curva de alerta.
Tipo de parto	El parto es el proceso por el cual se culmina la fecundación teniendo como resultados esperados una madre y un hijo sanos.	El parto puede ser normal, parto inducido y parto abdominal. Dependiendo de varias condiciones en las que se encuentre la madre y el niño.	Variab e depend iente	Parto vaginal Parto por cesárea
Gestas	Número de embarazos que ha tenido la paciente	Numero de gestas previas	Variab e aleatori a continu a	Números: 1,2,3,4,5,6, 7,8,etc
Procedimientos realizados	Una vez que la paciente cruza la línea de alerta el medico realizara algunos procedimientos para intentar que el parto sea por vía vaginal	Se puede realizar la rotura artificial de membranas y la colocación de oxitócica sintética con la idea de ayudar en el trabajo de parto.	Variab e depend iente	Conducción RAM Cesárea Dx. De Cesárea



Anexo II

5.2 FORMULARIO

1. Edad:

2. Ocupación:

3. Etnia:

4. Estado Civil:

5. Gestas:

6. Semanas de Gestación:

7. Nulípara: Si No

8. Multípara: Si No

9. Parto dentro de la curva de alerta: Si No

10. Parto fuera de la curva de alarma: Si No

11. Recibió Conducción: Si No

12. Se Realizó Ruptura Artificial de Membranas:

a. Si b. No

13. Existió Compromiso Agudo del Bienestar Fetal:

a. Si b. No

14. Existió Expulsivo Prolongado:

a. Si b. No

15. La vía de terminación del parto fue Cesárea:

a. Si b. No

b. Diagnóstico: _____

**Anexo III****5.3 Recurso Materiales**

RUBROS	VALOR UNITARIO	TOTAL
IMPRESIÓN DE INSTRUMENTOS	0.10	25.00
TIEMPO DE COMPUTADORA	X HORA 0.70	45.00
TRANSPORTE	0.25	25.00
COPIAS	0.02	40.00
OTROS (BOLÍGRAFOS, GRAPAS, PAPELES)		19.00
	TOTAL	154.00



Anexo IV

5.4 Cronograma

ACTIVIDADES		TIEMPO EN MESES						RESPONSABLES
		1	2	3	4	5	6	
1	Elaboración del Marco Teórico	X						Estudiantes
2	Entrega del Protocolo para Revisión	X						Estudiante, Comité de Investigación, Director de Tesis
3	Corrección del Protocolo	X						Estudiantes
4	Prueba Pilotaje		X					Estudiantes
5	Aplicación del Instrumento		X					Estudiantes
6	Recolección de Datos		X	X	X			Estudiantes
7	Procesamiento y Análisis de Datos				X	X		Estudiantes
8	Presentación de Resultados					X	X	Estudiantes
9	Informe Final						X	Director, Asesor y Estudiantes